

**AVALUACIÓ DEL GRAU DE CONEIXEMENT SOBRE
TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA DEL
PERSONAL DOCENT
PROJECTE DE RECERCA**



MARIA NICOLÁS TEIXIDOR

Tutor: Oriol Gallart Soteras

TREBALL FI DE GRAU
Curs: 2018-2019

AGRAÏMENTS

M'agradaria donar les gràcies a totes les persones que m'han acompanyat durant els anys de carrera.

En primer lloc al meu tutor, Oriol Gallart per la implicació, disponibilitat, correccions, reunions i per resoldre tots els dubtes que se'm plantejaven durant l'elaboració del treball.

En segon lloc a la meva família, pel suport i paciència durant les èpoques de molta feina i perquè han fet possible que jo hagi pogut estudiar el que més m'agrada.

I finalment, a totes les amigues amb les quals he compartit aquests quatre anys de carrera, pel suport mutu i per les hores a la biblioteca realitzant treball o estudiant exàmens, però especialment a les meves companyes d'Erasmus per compartir amb mi l'experiència i totes les hores de feina.

Moltes gràcies a tots i a totes!

ÍNDEX

RESUM	5
ABSTRACT	6
1. MARC TEÒRIC	7
1.1 TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA	7
1.2 FACTORS QUE DESENCADENEN UN TRASTORN DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA	10
1.3 PREVENCIÓ.....	12
1.4 DIAGNÒSTIC.....	13
1.5 CIRCUIT DE DERIVACIÓ	16
1.6 TRACTAMENT.....	17
1.7 ROL D'INFERMERIA	21
1.8 PRONÒSTIC	22
1.9 COMPLICACIONS.....	23
1.10 PAPER DELS PROFESSIONALS DINS L'ÀMBIT ACADÈMIC.....	26
2. BIBLIOGRAFIA	30
3. OBJECTIUS I HIPÒTESI.....	34
3.1 HIPÒTESI.....	34
3.2 OBJECTIU PRINCIPAL.....	34
3.3 OBJECTIUS ESPECÍFICS	34
4. MATERIAL I MÈTODES	35
4.1 DISSENY DE L'ESTUDI	35
4.2 ÀMBIT DE L'ESTUDI	35
4.3 POBLACIÓ D'ESTUDI.....	36
4.4 SELECCIÓ DE LA MOSTRA.....	36
4.5 CRITERIS D'INCLUSIÓ I D'EXCLUSIÓ	36
4.6 VARIABLES.....	36
4.7 INSTRUMENTS DE MESURA	39
4.8 PROCEDIMENTS I TÈCNIQUES.....	40
4.9 ANÀLISI DE DADES	40
4.10 LIMITACIONS DE L'ESTUDI	41
4.11 CONSIDERACIONS ÈTIQUES	41
5. CRONOGRAMA	42
6. PRESSUPOST	43

7.	ANNEXES.....	44
7.1	ANNEX 1: Test SCOFF	44
7.2	ANNEX 2: Test EAT-40.....	44
7.3	ANNEX 3: Test EAT-26.....	46
7.4	ANNEX 4: <i>Contour drawing rating scale</i> (CDRS)	47
7.5	ANNEX 5: Enquesta sobre el grau de coneixement que tenen els professionals en matèria de trastorns de la conducta alimentària.	48
7.6	ANNEX 6: Fullet informatiu	50
7.7	ANNEX 7: Consentiment informat	51

RESUM

Els trastorns de la conducta alimentària constitueixen un problema de salut amb un fort impacte social en el nostre entorn. Actualment, les xarxes socials i altres medis massius ocupen un rol molt significatiu en la difusió dels patrons de bellesa. Això afecta la població més jove provocant una pressió social per complir l'estètica de la bellesa que afavoreix al desenvolupament de trastorns de la conducta alimentària.

Per tal de disminuir els casos de trastorns d'aquest tipus és clau l'educació, la prevenció i la detecció precoç des de les famílies i des dels centres docents. La família és l'entorn més proper i és essencial per afavorir l'autoestima i és l'àmbit on es pot detectar el trastorn en primer lloc però, molt sovint, la por a pensar que un fill o filla pot tenir una malaltia condueix a minimitzar la situació.

Per aquest motiu, el personal docent és clau i gaudeix d'una posició privilegiada per poder observar conductes o actituds d'alarma. Perquè es pugui dur a terme aquesta prevenció i detecció cal que els professionals estiguin informats i tinguin coneixements sobre els trastorns.

OBJECTIU: Avaluar els coneixements que té l'equip docent dels instituts de la comarca del Pla de l'Estany sobre els trastorns de la conducta alimentària.

METODOLOGIA: Es tracta d'un estudi descriptiu de tall transversal. S'avaluaran els coneixements sobre trastorns de la conducta alimentària del personal docent dels instituts de la comarca del Pla de l'Estany mitjançant una enquesta elaborada *ad hoc* per l'estudi. Per l'anàlisi de dades s'utilitzarà el programa estadístic IBM SPSS 25.0.

PARAULES CLAU: Trastorns de la conducta alimentària, anorèxia nerviosa, bulímia nerviosa, personal docent.

ABSTRACT

Eating disorders are a health problem with a strong social impact. Nowadays, social networks and mass media have an important role spreading the worship of beauty. This could affect the youngest population who have the biggest peer pressure to achieve the beauty standards, thus emerging in an eating disorder.

Education, prevention and early detection from family and teachers play a key role decreasing the number of cases. Family is the closest setting and is essential in increasing the teenagers' self-esteem, among being the first environment where a disorder can be detected. Nevertheless, relatives' the fear of possible illness often leads them to underestimate the problem.

Therefore, teachers' role is crucial because they can detect objectively suspicious behaviours and early symptoms. So as to accomplish that prevention and detection, it is imperative that teachers have the required knowledge and information about eating disorders.

OBJECTIVE: The objective of this project is to evaluate the knowledge of teachers of Pla de l'Estany's high schools about eating disorders.

METHODS: The study will be a descriptive and cross-sectional research. The knowledge of teachers about eating disorders is going to be evaluated using a questionnaire created ad hoc. Data analysis will be carried out through the statistics program IBM SPSS 25.0.

KEY WORDS: Eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, teachers.

1. MARC TEÒRIC

1.1 TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA

1.1.1 DEFINICIÓ

Els Trastorns de Conducta Alimentària (TCA) consisteixen en greus alteracions en les conductes relacionades amb l'alimentació i el control del pes i estan associades amb una gran diversitat de conseqüències psicològiques, físiques i socials adverses. Els trastorns d'alimentació són malalties reals que es poden tractar. Solen anar lligats a altres malalties com la depressió, l'abús de substàncies o els trastorns d'ansietat. Altres símptomes poden arribar a ser potencialment mortals si la persona no rep tractament(1).

D'acord amb les classificacions internacionals de trastorns de salut mental, existeixen tres grans categories de TCA: Anorèxia Nerviosa (AN), Bulímia Nerviosa (BN) i TCA no especificats (TANE). Mentre que l'AN i la BN són les principals categories diagnòstiques amb clars i detallats criteris d'inclusió, curs i pronòstic, els TANE corresponen a una categoria residual, però no menys important, que inclou la gran majoria de TCA que no compleixen els criteris per l'AN i la BN, però que donen lloc a un important deteriorament funcional(2).

1.1.2 ANORÈXIA NERVIOSA

L'anorèxia nerviosa és un trastorn alimentari caracteritzat per la pèrdua de pes, la dificultat en mantenir un pes corporal apropiat segons l'alçada i l'edat i en la distorsió de la imatge corporal. Les persones amb anorèxia generalment restringeixen el nombre de calories i el tipus de menjar que ingereixen(3).

1.1.3 BULÍMIA NERVIOSA

La bulímia nerviosa és un trastorn alimentari caracteritzat per cicles d'afartament i comportaments compensatoris com autoinducció del vòmit per tal de compensar els efectes de l'afartament(4).

1.1.4 TRASTORNS CONDUCTA ALIMENTÀRIA NO ESPECIFICATS

Els trastorns de la conducta alimentària no especificats són habitualment quadres d'AN incomplets o BN incomplets, ja sigui pel seu inici o perquè estan en vies de resolució.

Per tant, en ells veurem símptomes similars a l'AN o a la BN però sense arribar a configurar un quadre complert, no per això menys greu. En els TCANE també s'inclouen conductes compensatòries inapropiades (després d'ingerir petites quantitats d'aliment, mastegar-les i escopir el menjar) i episodis compulsius d'ingesta de manera recurrent però sense conductes compensatòries(5).

1.1.5 CRITERIS DIAGNÒSTICS DELS TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA

Els criteris diagnòstics en els TCA es poden classificar segons DSM-V i CIE-10.

Criteris diagnòstics segons DSM-V

- Restricció del consum energètic relatiu als requeriments que comporten un pes corporal marcadament baix. Un pes marcadament baix definit com un pes que és inferior al mínim normal o, per nens i adolescents, inferior al que mínimament s'espera per la seva edat i alçada.
- Por intensa a guanyar pes o a convertir-se en obès, o una conducta persistent per evitar guanyar pes, inclús estant per sota del pes normal.
- Alteració de la percepció del pes o la silueta corporal, exageració de la importància durant l'autoavaluació o persistent negació del perill que comporta el baix pes corporal actual.

Tipus:

- Restrictiu: si durant l'episodi d'anorèxia nerviosa no recorre regularment a afartaments o a purgues.
- Compulsiu/purgatiu: si recorre a afartaments o purgues (vòmits autoinduïts o ús de laxants i/o diürètics)(6).

Criteris diagnòstics segons CIE-10

- Pèrdua significativa de pes (Índex de Massa Corporal (IMC) < 17,5 kg/m²) Els malalts en període de prepubertat poden no experimentar l'augment de pes pròpia del període de creixement.
- La pèrdua de pes està originada pel propi malalt a través de: evitació de consum d'aliments hipercalòrics i per un o més d'un dels següents símptomes: vòmits

autoinduïts, purgues intestinals autoprovocades, exercici excessiu i consum de fàrmacs anorexígens o diürètics.

- Distorsió de la imatge corporal caracteritzada per una psicopatologia específica persistent amb el caràcter d'una idea sobrevalorada intrusa de terror davant l'obesitat o la poca musculatura de les formes corporals.
- Trastorn endocrí generalitzat que afecta a l'eix hipotàlem-hipofisiari-gonadal manifestat com amenorrea i pèrdua de l'interès o potència sexual.
- Si l'inici és anterior a la pubertat, es retarda la seqüència de les manifestacions de la pubertat, o inclús es deté(6).

1.1.6 EPIDEMIOLOGIA

La prevalença d'anorèxia nerviosa en el grup de dones adolescents i adultes joves en el món occidental oscil·la entre el 0,1% i 0,5%, mentre que la bulímia nerviosa es troba al voltant de l'1%. Es desconeixen les xifres exactes per als TCA no específics o incomplets, però se suposa que hi ha una prevalença és elevada que en la dels quadres anteriors. Les dades relatives als països del Tercer Món reflecteixen la pràctica inexistència d'aquest tipus de trastorn, la qual cosa reforça molt l'associació entre TCA i factors culturals(7). La franja d'edat de major risc és entre 15 i 19 anys, encara que també es poden diagnosticar menors de 13 anys. Existeixen dos pics d'incidència: entre els 13 i 14 anys i entre els 16 i 17 anys(8).

Segons l'ESCA realitzada l'any 2017, en el grup d'edat de 15 anys i més, la prevalença d'AN a Catalunya és del 0,2%, d'aquest percentatge un 4% dels casos pertany a la regió sanitària de Girona. Pel que fa a la prevalença de BN, és del 0,2%, del qual un 5,8% pertany a la regió sanitària de Girona(9).

Els TCA son trastorns psíquics amb conseqüències orgàniques greus, derivades de la desnutrició, restriccions nutricionals i desequilibris hidroelectrolítics, arribant a una mortalitat del 6-12%(10).

1.2 FACTORS QUE DESENCADENEN UN TRASTORN DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA

Aquests trastorns són d'origen multifactorial. No es coneix amb detall les seves causes, encara que es sap que existeix una base socioambiental en la que estan implicats diversos factors(11).

1.2.1. FACTORS AMBIENTALS

En el passat, la incidència d'aquestes malalties, es trobaven en petits grups de la societat com, per exemple, en models. No obstant això, avui en dia, moltes dones pateixen la pressió social per complir l'estètica de la bellesa, sovint aquesta pressió es troba dins les escoles, universitats i fortament agreujats pels mitjans de comunicació(12). Actualment, un rol significatiu l'han ocupat els medis massius representats essencialment per Internet i les xarxes socials, a causa de la difusió de patrons i conductes valorades com positives, per ser considerades equivalents de l'èxit, la bellesa, l'atractiu, la intel·ligència i la salut, que impacten majoritàriament a aquelles poblacions vulnerables a la definició externa de les pressions socioculturals(13). El problema es deu a l'estàndard imposat que no respecta els diferents tipus de cossos femenins, ja que el patró del cos es converteix en impossible o inadequat per la majoria de les dones, fet que pot provocar molèsties físiques i psicològiques i pot resultar en el desenvolupament de trastorns de la conducta alimentària(12).

1.2.2. FACTORS PERSONALS

La majoria de persones que pateixen un trastorn de la conducta alimentària pertanyen a una classe social mitja o alta. Són intel·ligents i inquiets, amb un nivell d'intel·ligència superior a les persones de la seva edat. Tenen notables dons creatius, molt originals, amb exuberant fantasia. Són treballadors amb una activitat física i mental incessant, responsables fins a arribar a trets obsessius en tasques escolars. Persones perfeccionistes que obtenen notes excel·lents, i sovint tendeixen a tenir por a no ser ben acceptades pels seus companys. Solen ser solitaris, la seva vida interior és tan rica i variada, cultivada amb lectura, música i escriptura, que els hi gratifica més que sortir amb altres noies o nois. Tenen baixa autoestima intel·lectual i física. La disciplina en els estudis l'apliquen amb rigor per disminuir el pes, alhora que són poc espontanis i freds

en el comportament afectiu. Normalment gaudeixen cuinant plats per a familiars que ni provaran. Les seves relacions interpersonals són escasses i superficials, especialment amb nois. Sol anar lligat a que es senten molt més infantils que la seva edat cronològica(14).

El perfil psicològic empitjora greument amb la desnutrició. Es converteixen en desconfiats, hostils, obsessius, desafiants, freds fins la crueltat, especialment amb la seva mare i familiars propers(14).

1.2.3. FACTORS FAMILIARS

El tipus de relació que els pares estableixen amb els seus fills durant la infància influeix el desenvolupament psicològic i, quan la relació no és adequada pot esdevenir un factor de risc per trastorns psicopatològics durant la vida adulta(15). Existeix una marcada influència de l'àmbit familiar en el desenvolupament de TCA. Aspectes relacionats amb el menjar, el cos i el pes es transmeten de pares a fills, especialment de mares a filles, esdevenint factors de risc pel desenvolupament de trastorns: obesitat en les mares, dietes restrictives, la insistència perquè les seves filles controlin o perdin pes, la importància que donen a l'aspecte i a la figura corporal ideal de la societat, conductes alimentàries compulsives i restriccions alimentàries. Cada vegada és més freqüent trobar famílies que mantenen hàbits alimentaris inadequats, tot i això, els pares i mares de persones amb TCA presenten majors estratègies d'alimentació que els dels fills sense patologia(16).

Diversos estudis plantegen els pares de persones amb TCA com a sobreprotectors, amb poca implicació, amb pensament rígid i que tendeixen a evitar conflictes. A més a més, aquestes famílies poden mostrar una excessiva cohesió i una poca flexibilitat. Les persones amb bulímia solen descriure les seves famílies com a poc coherents i conflictives, mentre que les persones amb anorèxia els descriuen com a cohesius, ben organitzats però amb poca tolerància als conflictes(17).

1.3 PREVENCIÓ

1.3.1 PREVENCIÓ PRIMÀRIA

En els trastorns alimentaris, com en qualsevol altra malaltia, el més eficaç és aconseguir que l'alteració no es presenti. El problema més important d'aquest tipus de prevenció és que no es coneix amb exactitud quines són les causes que la desencadenen(18).

La majoria d'estudis que han analitzat la prevenció primària dels trastorns alimentaris han arribat a la conclusió que no era eficaç i que, fins i tot, algunes vegades era contraproductent. Per exemple, s'ha vist que donar informació sobre els trastorns pot arribar a ensenyar noves maneres de controlar el pes en les quals els joves no havien pensat i portar-los a obsessionar-se més per la pròpia figura. Actualment, s'ha pogut concloure que la millor prevenció implica introduir elements crítics del model estètic corporal, millorar l'autoestima i donar informació veraç sobre nutrició(18).

1.3.2 PREVENCIÓ SECUNDÀRIA

És molt important que els TCA es detectin al més aviat possible. La millora amb el tractament és molt ràpida si els trastorns fa poc temps que han començat. Per això, és important que el personal sanitari tingui prou informació sobre aquests trastorns. D'altra banda, els processos de detecció s'haurien de realitzar des de diferents àmbits, com per exemple des de les escoles i instituts.

És molt important que els pares estiguin atents i no s'autoenganyin amb expectatives que s'han creat sobre els seus fills. En general, tendeixen a esperar molt dels seus fills i filles i els costa d'acceptar els problemes que puguin tenir(18).

1.3.3 PREVENCIÓ TERCIÀRIA

Un cop un trastorn alimentari s'ha instaurat, si la persona afectada rep la teràpia adequada, es pot rehabilitar. Solen seguir preocupades pel pes o la silueta, però s'alliberen de tot el conjunt d'alteracions que comporten el trastorn(18).

Per tal de facilitar l'aprenentatge de conductes que eviten recaigudes, cal informar respecte els signes d'alarma, proporcionar eines pel maneig integral de les persones amb TCA als pares, familiars o parella, informar dels recursos assistencials i socials especialitzats en TCA i com coordinar-los amb els familiars, controlar les conductes de

risc a nivell alimentari, conductual i psicològic, reforçar el concepte d'autoimatge i augmentar l'autoestima i finalment, promocionar una alimentació equilibrada, variada i adequada a les seves necessitats energètiques(19).

1.4 DIAGNÒSTIC

1.4.1 ANAMNESI

Davant un pacient que mostra comportaments que ens poden fer sospitar d'un TCA cal realitzar una història clínica completa tant de la persona com de la seva família. Si la intervenció es du a terme a la consulta d'atenció primària, si venen acompanyats a la visita, primer cal fer sortir els familiars per poder parlar amb la persona a soles. S'ha de transmetre comoditat i confidencialitat, explicant que només es parlarà amb la família d'allò que ells acceptin i/o que suposi un risc vital. Si es volen demanar proves complementàries, primer s'hauran de consensuar amb la persona. És important conèixer el genograma, amb qui conviu la persona i els antecedents familiars(2).

Pel que fa als trastorns físics, s'ha de preguntar si han perdut pes recentment, hàbit deposicional, edat de la menarquia, etc. Pel que fa als trastorns emocionals s'ha de demanar com estan a l'escola, amb els amics, la parella, la família; si són molt exigents, sobre idees autolítiques, sobre factors desencadenants, hores de son i qualitat. També és important demanar sobre alimentació, exercici, afartaments, rituals durant els àpats i hàbits alimentaris. Finalment, s'ha de valorar la distorsió de la imatge i la consciència de malaltia(2).

1.4.2 EXPLORACIÓ FÍSICA

Per dur a terme l'exploració física s'han de tenir en compte les necessitats i característiques de la persona en el context de la seva edat, desenvolupament puberal i nivell d'activitat física. L'exploració inclou mesura de pes, alçada, càlcul del percentil pes/talla i IMC, força muscular, examen dels sistemes cardiovascular, respiratori, abdominal i sistema nerviós central i, finalment, pell, dents i gola(2).

Les principals troballes a l'exploració física són: petèquies causades per trombocitopènia o dèficit de vitamina K; alopecia, pèl moixí, ungles i cabell fràgil causat per la desnutrició; pell seca i extremitats fredes a causa de T3 (hormona tiroïdal) baixa i la disminució de catecolamines; acropàquia (engruïment distal dels dits de les mans i dels peus) per

alteracions de la circulació perifèrica; cara pàl·lida o groguenca causada per anèmia o hipercarotïnèmia (decoloració de la pell); signes de caquèxia o desnutrició, signe de Russell (durícies al dors de la mà dominant i causat per la inducció repetida del vòmit que provoca lesions al dors de la mà pel frec amb les dents); bradicàrdia i hipotensió, edemes perifèrics causats per hipoproteïnèmia, retenció de líquids postpurgues, alteracions hidroelectrolítiques i realimentació ràpida; fecalomes per restrenyiment i abdomen excavat; erosió de l'esmalt dental, periodontitis i càries causats pels vòmits i, finalment, hipertròfia de les glàndules paròtides, sublinguals i submaxil·lars causada per vòmits, deshidratació i hipopotassèmia(20).

1.4.3 EXPLORACIÓ PSICOPATOLÒGICA

Existeixen diversos canvis psicològics que fan sospitar d'un TCA.

La simptomatologia psicològica i psicopatològica que es pot trobar en un TCA és: alteració en la idea subjectiva de les dimensions del seu cos, retraïent social, menys comunicació amb amics i família, humor depressiu, irritabilitat, labilitat afectiva, baix control d'impulsos, conductes autolesives, abandó de les activitats que poden donar plaer, baixa autoestima, concentració i preocupació constant pel menjar, exercici físic i les feines escolars i increment de l'obsessivitat i perfeccionisme.

Es poden detectar canvis conductuals que fan sospitar d'un trastorn, com per exemple: disminució de quantitats de menjar, restricció en la ingesta de menjar, augment de les activitats relacionades amb el menjar, augment de l'activitat física, reducció de la varietat d'aliments, conductes peculiars durant els àpats, preparació de plats per altres persones però sense menjar-ne gens, intents de control d'allò que es cuina i com es cuina, menjar fora d'hores i d'amagat, obsessió per pesar-se molts cops al dia, desigs d'anar al lavabo immediatament després de menjar, disminució de les sortides que impliquin relació social, afartaments, vòmits i consum de laxants o altres fàrmacs, increment de la impulsivitat i desorganització conductual, entre altres(7).

En l'exploració psicopatològica i conductual es poden administrar diferents instruments amb l'objectiu d'avaluar la conducta alimentària i la situació psicopatològica(5).

Es poden trobar diferents qüestionaris, els més utilitzats són l'SCOFF, l'EAT-26, EAT-40 i el CDRS.

Test Sick Control On Fat Food (SCOFF)

És un qüestionari de cribatge. Consta de cinc preguntes de resposta dicotòmica (sí/no) que valoren la pèrdua de control sobre la ingesta, les purgues i la insatisfacció corporal. El rang de puntuació oscil·la entre 0 i 5, cada resposta afirmativa es valora amb un punt; sent el punt de tall igual o superior a 2. Té un 100% de sensibilitat i un 87,5% d'especificitat(5,20).

Test Eating Attitudes Test (EAT-26 I EAT-40)

Són dos qüestionaris que proporcionen un índex de gravetat del trastorn. L'EAT-26 és la versió reduïda de l'EAT-40. És una eina autoaplicada de 40 ítems, en el cas de l'EAT-40 i 26 en el cas de l'EAT-26; cada ítem es valora en una escala Likert de 6 punts que van des del mai al sempre. El rang del 40 va de 0 a 120 punts i el punt de tall és 30 i en el 26 el rang és de 0 a 78 punts i el tall és de 20. L'EAT-26 es pot utilitzar com a cribatge. Té una sensibilitat del 100% i una especificitat del 84,7%(5,20).

Test de Contour Drawing Rating Scale (CDRS)

Serveix per mesurar la insatisfacció corporal. Mitjançant nou imatges de figures corporals s'ha d'escollir aquella amb la figura ideal i aquella amb la figura real. El temps d'aplicació és de 2 min(20).

1.4.4 ENTREVISTA FAMILIAR

Davant qualsevol possible cas de trastorn de conducta alimentària, és imprescindible investigar els hàbits alimentaris de la família i de la persona, ja que l'eix central d'aquesta malaltia és la relació anormal amb el menjar. Cal estudiar la interacció familiar i detectar possibles problemes del seu funcionament, s'ha d'investigar si són famílies desorganitzades, conflictives, crítiques, poc cohesionades, amb poca capacitat per establir relacions de confiança i ajuda entre els seus membres, amb baixa tolerància vers el patiment familiar i amb mares que se senten insatisfetes respecte el grau de cohesió familiar i amb tendència a ser molt crítiques en l'aspecte físic(7). És important saber el grau de coneixement per part de la família d'aquest trastorn i les creences respecte aquest. Cal establir una línia de comunicació amb informació clara i concisa, donar facilitats de contacte amb associacions, grups d'ajuda...(20)

El test més utilitzat és el Test FES.

Test Family Environment Scale (FES)

És un test de 90 ítems que s'utilitza per mesurar el grau de cohesió, expressivitat i conflicte dins la família. S'ha demostrat que el FES representa correctament el funcionament intern de la família, que té bona correlació amb altres mesures de l'entorn familiar i que canvia amb les intervencions que es duen a terme(21).

1.4.5 EXPLORACIONS COMPLEMENTÀRIES

Les exploracions complementàries s'han de fer només aquelles estrictament necessàries, ja que la normalitat d'aquestes pot donar a pensar que no hi ha problema.

Una analítica sanguínia amb hemograma, glucèmia, colesterol total, triglicèrids, enzims hepàtics (AST, ALT i GGT), ions (K, Na, Cl, Ca, P i Mg), proteïnes totals i albúmina, creatinina i urea, coagulació (TP, TTPa), orina (sediment i osmolaritat) i perfil hormonal que serveix per detectar alteracions electrolítiques, malnutrició i descartar afectació orgànica.

Una radiografia de tòrax ens pot indicar broncoaspiració i una de canell esquerre ens pot orientar en l'edat òssia(22,20,23).

1.5 CIRCUIT DE DERIVACIÓ

1.5.1 CRITERIS DE DERIVACIÓ ALS CENTRES DE SALUT MENTAL

La persona s'ha de derivar a un centre de salut mental si hi ha presència de vòmits i/o laxants que no queda clar que es controlin, si hi ha afartaments de menjar i si no segueix les normes o el pes no augmenta, encara que sembli seguir les instruccions i negui la por a l'augment de pes(7).

1.5.2 CRITERIS D'HOSPITALITZACIÓ

S'ha de derivar si no segueix normes o el pes no augmenta en el centre de salut mental, si hi ha vòmits i/o laxants que no sembla que estiguin controlant en el centre de salut mental(7).

Si no hi ha criteris d'atenció mèdica urgent, es valoraran els criteris d'ingrés psiquiàtric urgent: alteracions biològiques de risc (freqüència cardíaca < 45 batecs per minut;

potassi < 3,5 mEq/l; hematèmesi, rectorràgies), IMC < 14 Kg/m², ingesta d'aliments nul·la (especialment de líquids), simptomatologia depressiva amb risc d'autòlisi i conductes autolesives importants. Els criteris d'ingrés psiquiàtric no urgent, que segons la seva intensitat pot estar indicat l'hospital de dia són: una altra psicopatologia que dificulta el tractament a les consultes externes, que es negui a seguir les normes del programa ambulatori (freqüència de visites, limitació d'activitat física, alimentació indicada...), el comportament problemàtic de la persona a casa i/o els conflictes en les relacions familiars excessius i impossibles de controlar ambulatòriament, l'evolució del pes no segueix el ritme pautat al seu programa de recuperació o que és difícil, per característiques del malalt i/o família, controlar els vòmits, els laxants i/o afartaments(7).

1.6 TRACTAMENT

Els objectius del tractament en el TCA cal que siguin individualitzats, realistes i adaptats al context i situació clínica de la persona. El tractament es pot dur a terme en diferents nivells assistencials i ha de ser sempre multidisciplinari(24).

Generalment es recomana que es comenci la teràpia el més aviat millor després del diagnòstic, donat l'impacte positiu que representa la precocitat de les intervencions en el pronòstic de la malaltia. L'objectiu principal és ajudar a la persona a arribar i mantenir una salut física i psicològica a través d'una relació saludable amb l'alimentació i el seu cos, afavorint el seu desenvolupament psicosocial posterior. Encara que els TCA són trastorns primàriament psiquiàtrics, aquests no poden ser tractats sense considerar la salut física de qui els pateix(25).

1.6.1 REHABILITACIÓ NUTRICIONAL

La rehabilitació nutricional constitueix un dels tres pilars bàsics del tractament dels TCA, tant per la necessitat de recuperació nutricional d'aquestes persones com perquè la nutrició inadequada, les conductes alimentàries alterades i les idees errònies sobre el menjar, l'alimentació i el pes mantenen aquestes patologies i cal que siguin afrontades perquè existeixi una recuperació real(25).

Segons estudis realitzats, la majoria d'experts coincideixen en què no es pot fer un tractament eficaç d'un TCA sense recuperar el pes corporal. També és evident que sense

un esforç pel restabliment del pes, no es pot produir cap psicoteràpia significativa a causa de dèficits cognitius induïts per la fam. Tanmateix, la restauració del pes pot ser una de les parts més difícils i frustrants del procés de recuperació(26).

Educació nutricional

Pel que fa a l'anorèxia nerviosa, l'educació nutricional busca millorar l'actitud i comportament en relació al menjar; arribar a una millora en el patró alimentari, clarificar mites i afavorir amb tots aquests canvis la recuperació de l'estat nutricional. En la bulímia nerviosa, el primer pas serà aconseguir una organització raonable dels àpats, centrant-se a marcar temps i horaris, evitant en tot cas períodes llargs de dejú. En l'etapa posterior, es treballarà sobre la qualitat dels aliments, sempre amb petits canvis i graduals, prioritzant la incorporació dels aliments més saludables per, en una etapa final, treballar sobre l'aspecte quantitatiu amb la finalitat d'arribar a un equilibri nutricional.

En molts casos l'educació nutricional cal realitzar-la en l'àmbit familiar, ja que millora l'eficàcia de les intervencions educatives al facilitar l'aplicació pràctica i l'adhesió de tots els membres de la família als nous models conductuals(24).

Nutrició artificial

La Nutrició Artificial (NA) engloba totes aquelles modalitats de nutrició que tenen com a objectiu cobrir les necessitats de l'organisme quan no és possible o es fa de manera insuficient a través d'aliments de consum normals.

La NA disminueix la mortalitat en persones desnodrides. Cal que sigui indicada de manera esglaonada, començant amb les eines més senzilles com els Suplements Nutricionals Orals (SNO) i, posteriorment, les més complexes, Nutrició Enteral (NE) i, excepcionalment, Nutrició Parenteral (NP).

Les persones amb TCA i baix pes que es troben hospitalitzats, els SNO permeten un augment de pes ràpid i, en alguns casos, escurcen el temps necessari de tractament i l'estada hospitalària. També són necessaris en els TCA en dones embarassades amb desnutrició o risc. En l'àmbit ambulatori, els SNO estan indicats després de la retirada de NE per continuar el procés de recuperació nutricional i evitar o atenuar una nova pèrdua de pes a l'alta hospitalària. També són útils en pacients ambulatoris desnodrits

com a alternativa a ingrés hospitalària, sempre que no existeixi risc vital. La utilització de SNO cal que estigui recolzada sobre un tractament psicoterapèutic i nutricional complet i la duració cal que estigui establerta prèviament(24).

1.6.2 PSICOTERÀPIA

Els TCA són primàriament trastorns de la salut mental, per tant, la psicoteràpia és una de les intervencions centrals per la recuperació. Una de les particularitats d'aquestes patologies és que, a diferència de molts trastorns de la salut mental, la motivació per recuperar-se és freqüentment molt baixa, existeix una ambivalència per rebre el tractament i/o el TCA en si mateix és molt valorat. Per això, la consideració de la preparació pel canvi en el context motivacional resulta fonamental, sobretot en les primeres etapes del maneig. És aquí on el poder de la confiança terapèutica conjuntament amb les estratègies que permetin augmentar la motivació de l'adolescent cap a la recuperació, representen un punt de partida en el començament del tractament(25).

Alguns dels tractaments psicològics efectius són el *Family-Based Treatment (FBT)*, *Specialist Supportive Clinical Management (SSCM)*, *Enhanced Cognitive Behaviour Therapy (CBT-E)* i *Focal Psychodynamic Psychotherapy (FPT)*.

Family-Based Treatment (FBT)

El FBT és un tractament de tres fases per a les persones amb TCA i les seves famílies que dura setze sessions d'una hora en un període de nou mesos. En la primera fase, la teràpia es caracteritza pels intents d'eximir als pares de la responsabilitat de l'aparició d'un trastorn i donar un reforç pels aspectes positius de la seva criança. S'anima als pares a treballar conjuntament per ajudar a la recuperació del pes del seu fill. A la segona fase, s'ajuda als pares a transmetre el seu control sobre l'alimentació i el pes a l'adolescent de manera adequada a l'edat de la persona. Finalment, la tercera fase es centra a establir una relació sana entre l'adolescent i els pares(27).

Specialist Supportive Clinical Management (SSCM)

Aquest tractament és realitzat per terapeutes especialitzats en el tractament dels trastorns de l'alimentació i es realitza en el tractament ambulatori habitual. Les persones amb TCA i un IMC ≤ 15 kg/m² reben fins a 30 sessions de teràpia individual

casa setmana i quatre sessions de seguiment mensuals. Aquells persones amb un IMC > 15 kg/m² el nombre de sessions es pot reduir a 20. Combina la gestió clínica amb un estil terapèutic de suport dissenyat per construir una relació terapèutica positiva i fomentar el canvi.

El contingut de la teràpia inclou l'avaluació, la identificació i la revisió periòdica dels símptomes, seguiment de l'estat físic, establiment d'un rang de pes objectiu i educació i assessorament nutricional. L'objectiu és donar suport a les persones per un retorn gradual al comportament i al pes normal de l'alimentació(27).

Enhanced Cognitive Behaviour Therapy (CBT-E)

Aquesta teràpia està basada en teràpia cognitiva-conductual de Fairburn, però adaptada per a pacients d'hospital de dia i interns a centres.

El tractament té quatre etapes i es pot realitzar la versió breu de 20 sessions i una versió més llarga de 40 sessions. A la primera fase, es centra a aconseguir una comprensió mútua del problema alimentari de la persona i ajudar-la a modificar i estabilitzar el patró de menjar. En la segona etapa, el progrés es revisa de forma sistemàtica i es fan plans per al cos principal del tractament. La tercera etapa es centra en els processos que mantenen el problema alimentari, per exemple la preocupació excessiva de la persona sobre la forma del cos i l'alimentació. Finalment, l'última fase fa referència al futur, on es fa un enfocament per tal de fer front a futures recaigudes per tal de mantenir els canvis que s'han aconseguit(27).

Focal Psychodynamic Psychotherapy (FPT)

El tractament inicialment va ser dissenyat com a psicoteràpia orientada a l'assistència ambulatoria per malalts amb TCA moderat (IMC > 15 kg/m²). Per començar el terapeuta identifica factors rellevants psicodinàmics, utilitzant una entrevista diagnòstica.

El tractament es pot dividir aproximadament en tres fases de tractament. La primera es centra principalment en la confiança terapèutica, en el comportament que afavoreix el trastorn i l'autoestima. La segona etapa, es centra principalment en les relacions rellevants i en l'associació entre relacions interpersonals i el comportament. Els aspectes que pertanyen a la tercera fase són, la transferència a la vida quotidiana i l'anticipació

de la finalització del tractament. Abans de cada sessió de tractament es valora i es documenta el pes de la persona(27).

1.6.3 PSICOFÀRMACS

Actualment no existeixen fàrmacs aprovats pel tractament de l'AN. Tampoc es disposa d'evidència científica que recolzi l'efectivitat del tractament farmacològic com a una estratègia de primera línia en el maneig de persones amb AN.

La utilització de psicofàrmacs es centra en reduir l'ansietat o alleugerir els símptomes de l'estat d'ànim associats, podent facilitar la realimentació, augmentar la gana, o induir l'augment de pes. Cap estratègia és completament efectiva i no existeixen fàrmacs que actuïn específicament sobre les característiques essencials del trastorn, com la distorsió de la imatge corporal, el perfeccionisme extrem, els pensaments obsessius i l'ansietat en relació a l'alimentació.

Degut a que en persones amb AN és freqüent trobar psicopatologia concomitant, tal com trastorns obsessius-compulsius, depressió o símptomes d'ansietat, el paper dels antidepressius Inhibidors Selectius de la Recaptació de Serotonina (ISRS) ha estat explorada per persones tant amb compromís nutricional, com per aquells amb pes normal. Informes clínics i estudis suggereixen que les persones amb baix pes extrem no responen a afectes antidepressius, antiobsessius i ansiolítics dels ISRS(25).

A diferència de l'AN, en la BN es beneficien del tractament amb psicofàrmacs durant la fase aguda(28). Alguns estudis suggereixen que l'ús de ISRS, especialment a altes dosis de fluoxetina, en el tractament de la BN i en la reducció dels episodis d'afartament en TCANE. També s'ha demostrat que el tractament amb ISRS augmenta l'efectivitat de la teràpia cognitiva-conductual sobre els símptomes bàsics de la malaltia(29).

1.7 ROL D'INFERMERIA

L'establiment de relacions de confiança és essencial en l'atenció psiquiàtrica. La relació entre professionals d'infermeria i les persones amb TCA és primordial per aconseguir un canvi que ajudi i dirigeixi els processos cap a la salut i la recuperació.

Infermeria té un paper important a l'hora d'informar i educar sobre el tractament i els objectius terapèutics per motivar a les persones. Cal subratllar la necessitat de que el

personal sanitari convenci a les persones que les intervencions i les restriccions són accions contra la malaltia i no contra la persona(30). A partir de les perspectives de les persones amb TCA, la relació de confiança reforça l'adherència al tractament prescrit, recolza l'augment de pes, al mateix temps que garanteix una experiència d'hospitalització positiva. Tot i que els estudis fan èmfasi a la relació de confiança, és important tenir en compte els reptes que experimenten en l'establiment d'aquestes relacions professionals. Aquesta relació es basa en un domini de la interacció i, aquesta habilitat es desenvolupa a mesura que el personal sanitari comença a comprendre més sobre les persones amb TCA i les seves necessitats(31).

Davant una persona amb un TCA, el personal sanitari de salut mental ha de mostrar actituds que afavoreixin l'evolució d'aquest: minimitzar qualsevol interpretació relacionada amb l'alimentació, mantenir conductes coherents que remarquin el seu valor com a persona humana durant la interrelació per evitar la presència de comportaments i actituds manipuladores; establir objectius de manera clara, implicant a la persona en el tractament, essencial per reforçar el seu sentiment d'autocontrol i d'augment de la confiança en els professionals; mostrar-se disciplinat davant determinades conductes que pot presentar l'individu, reforçant positivament totes aquelles que manifesten cooperació per la seva part; afavorir el reconeixement de les sensacions corporals que l'individu pot presentar; fer entendre la necessitat de supervisar en tot moment que el programa terapèutic es compleixi correctament. La finalitat fonamental de la intervenció terapèutica en el TCA es centra en el reforç de l'autoestima i la recuperació d'un IMC d'acord amb les característiques físiques de l'individu. L'assoliment d'aquests s'ha d'executar amb certa flexibilitat, constituint-se com a norma-patró, que es materialitzarà en petites metes que sumades conformaran l'objectiu general(6).

1.8 PRONÒSTIC

Els factors de bon pronòstic són: desencadenant clar, aparició precoç, augment ponderal a l'inici del tractament, trets conversius, histriònics, estat d'ànim depressiu, sensació de fam, trastorns menors de trànsit intestinal, absència d'antecedents psicopatològics familiars, bona cooperació dels pares, acceptació dels pares de l'existència d'un trastorn, bona inserció social i diagnòstic i tractament precoços.

Els factors de mal pronòstic són: aparició tardana, cronificació d'hospitalització, oscil·lacions en el pes, conductes bulímiques purgatives, trets obsessius, negació de la malaltia, negació de la sensació de gana, estrenyiment pertinaç, hipocondria, dismorfofòbia (preocupació excessiva per algun defecte, real o imaginari, percebut en les característiques físiques de la persona), depressió dels pares a causa del procés dels fills o poca implicació en el tractament, conflictes conjugals dels pares, rebuig de la malaltia per part dels pares, mala inserció social i diagnòstic i tractament tardans(7).

1.9 COMPLICACIONS

L'anorèxia nerviosa i la bulímia nerviosa són malalties psiquiàtriques greus amb una mortalitat substancial. En ambdós, l'augment de la mortalitat es deu a complicacions mèdiques inherents a aquestes malalties.

1.9.1 COMPLICACIONS DE L'ANORÈXIA NERVIOSA

L'AN pot afectar negativament a gairebé tots els sistemes corporals. Les complicacions sorgeixen com a resultat directe a la pèrdua de pes i malnutrició.

Complicacions gastrointestinals

La disfàgia pot frustrar la ingesta de calories orals durant les primeres etapes del tractament nutricional. Es deu al fet que els músculs faringis es troben debilitats i descoordinats. Com a resultat, poden tossir amb l'aliment o poden tenir pneumònia per aspiració. Les persones amb aquesta malaltia disminueixen significativament el buidament gàstric, per tant durant els àpats es poden queixar de sacietat primerenca, nàusees i inflor. La dilatació gàstrica aguda és una malaltia greu que pot conduir a la perforació gàstrica si no es reconeix anticipadament. De la mateixa manera que es produeix una desacceleració del tracte gastrointestinal proximal, també es produeix una disminució de la funció del còlon, donant lloc a restrenyiment com a símptoma que acompanya la malaltia. Les transaminases hepàtiques elevades es produeixen freqüentment en persones amb els pesos més baixos(32).

Complicacions cardíaques

La mort cardíaca sobtada, juntament amb altres complicacions mèdiques i el suïcidi, representen a prop de 60% de les morts. La causa exacta de mort sobtada en l'anorèxia

nerviosa continua sent desconeguda. La bradicàrdia és freqüentment observada i reflecteix un to vagal elevat en la configuració de pèrdua de pes substancial. Una freqüència cardíaca en repòs de menys de 60 batecs per minut es pot observar en el 95% dels casos. Ocasionalment desenvolupen anomalies que generalment són autolimitades i es resolen amb la restauració del pes. Una de les anomalies estructurals cardiovasculars més destacades són una reducció substancial de la massa miocardiàca ventricular esquerra amb funció sistòlica ventricular esquerra preservada. Encara que la majoria de les anomalies estructurals cardíques són reversibles, la presència de cicatriu miocardiàca suggereix que les arrítmies malignes poden ser un possible mecanisme d'augment de la mortalitat en aquesta malaltia(32).

Complicacions hematològiques

A mesura que l'AN empitjora es pot trobar anèmia, leucopènia i trombocitopènia. Encara que normalment presenten neutropènia, sorprenentment, aquests no semblen ser més susceptibles a complicacions infeccioses. Tanmateix, tampoc no manifesten una resposta febril típica a les infeccions i es suprimeixen els marcadors inflamatoris, la qual cosa pot provocar un retard en el diagnòstic d'una infecció(32).

Complicacions musculoesquelètiques

L'osteoporosi és freqüent en l'AN i es produeix a principis de la malaltia. La disminució de la densitat òssia és evident després d'un any de malaltia, malgrat l'edat relativament jove d'aquestes persones. El risc de posteriors fractures de fragilitat és notablement elevat. Aquesta és una de les complicacions poc freqüents que pot deixar un dany irreversible després de la recuperació(32).

Complicacions endocrines

Hi ha diverses anomalies endocrines associades a l'AN. La majoria de persones, són hipogonadals, a causa de la reversió a un estat prepuberal en què es redueix la secreció d'hormona alliberadora de gonadotropina, causant baixos nivells d'hormona estimulant del fol·licle (FSH) i hormona leutinant (LH). Així, l'amenorrea és freqüentment observada en la majoria de les dones amb AN. Algunes noies tenen una amenorrea perllongada, fins i tot després de la restauració del pes i la fertilitat pot estar permanentment

afectada negativament. En els homes els baixos nivells de testosterona influeixen en la potència, libido i la força muscular(32).

Complicacions neurològiques

L'atròfia cerebral es produeix com a conseqüència de la desnutrició. El funcionament neurocognitiu pot estar permanentment deteriorat encara que l'atròfia cerebral millori amb la restauració del pes(32).

Complicacions dermatològiques

Hi ha múltiples canvis de pell que es poden produir. Aquests inclouen la xerosi, el creixement de pèl *lanugo* a la columna vertebral i als costats de la cara, aprimament del cabell, acrocianosis i acne(32).

1.9.2 COMPLICACIONS DE LA BULÍMIA NERVIOSA

Complicacions relacionades amb el vòmit autoinduït

Les complicacions que provoquen els vòmits autoinduïts es poden dividir en els efectes adversos locals del vòmit i en les anomalies d'electròlits que es poden produir a mesura que el comportament es fa més extrem.

Els vòmits excessius poden conduir a un reflux d'àcid gàstric persistent que condueix a disfàgia i dispèpsia. També es pot trobar perimòlisi (erosió de la dentina i l'esmalt dental a causa de l'exposició repetida a l'àcid estomacal). De la mateixa manera, la mucositis oral i la quilitis es troben en aquestes persones. L'exposició repetida d'àcid també causa danys a la laringe amb canvis inflamatoris a les cordes vocals i una veu ronca. Les complicacions mèdiques més perilloses del vòmit es relacionen amb els canvis d'àcid-base i electrolítics que es produeixen com a conseqüència. Les anomalies més comunes són l'alcalosi metabòlica i l'hipocalèmia(32).

Complicacions relacionades amb l'abús de laxants

L'abús de laxant és l'altre mètode principal de purga. L'hipocalèmia torna a ser un risc potencial d'aquest comportament. A més de les anomalies d'electròlits, l'abús de laxant causa efectes adversos gastrointestinals locals, incloent-hi prolapse rectal, diarrea, hemorroides i rectorràgia.

Una complicació final i greu és la síndrome de còlon catàrtic. Com a conseqüència de l'ús crònic, el còlon es mostra incapaç de la propagació de material fecal i es produeix un restrenyiment sever que pot acabar en una colectomia(32).

1.10 PAPER DELS PROFESSIONALS DINS L'ÀMBIT ACADÈMIC

El personal docent (personal que es dedica a ensenyar o que realitza accions relatives a l'ensenyament) i les infermeres de salut i escola tenen un paper important per a la detecció i la intervenció precoç en trastorns de la conducta alimentària(33).

El desenvolupament de la persona és un procés continu i dinàmic. Així, la família, l'escola i les activitats de lleure i esportives proporcionen model dels quals els infants i els joves van desenvolupant la seva pròpia identitat i autonomia. L'aprenentatge dels hàbits alimentaris té una importància especial en aquest procés de desenvolupament.

Els educadors han de tenir en compte que durant l'adolescència coexisteixen components infantils i expectatives d'adult, per altra banda, en aquesta etapa s'inicia l'autonomia d'hàbits, els adolescents són molt receptius a la influència dels seus companys i de l'entorn i cal conèixer i valorar les tendències alimentàries d'aquest col·lectiu per accedir-hi adequadament(34).

1.10.1 PREVENCIÓ

Educar i prevenir és la millor de les intervencions. La prevenció consisteix a formar i educar amb la finalitat de prevenir unes conductes de risc amb relació als hàbits alimentaris. Aquests comportaments poden ser, entre altres, hàbits alimentaris desestructurats i dietes restrictives practicades sense fonament i sovint acompanyades d'exercici físic intens. A conseqüència d'aquests comportaments, es poden generar malnutricions i altres alteracions greus en persones que experimenten una etapa de grans requeriments nutricionals.

La prevenció que es pot dur a terme per parts dels educadors és: afavorir l'acceptació del propi cos i els canvis que s'hi presenten, promoure el coneixent de les capacitats i limitacions personals, potenciar l'esperit crític enfront dels estereotips culturals i els models que ens proposa el món de la publicitat, internet i xarxes socials, donar pautes adequades per aconseguir un comportament alimentari saludable, afavorir

l'autoestima, és a dir, ajudar a descobrir les característiques personals positives i facilitar l'expressió i exteriorització dels sentiments a través de la comunicació. Per part dels docents es poden integrar aspectes de la cultura alimentària, les qualitats sensorials dels aliments, la seva composició, la importància de menjar equilibrats, etc., en les intervencions d'educació nutricional i mantenir una bona coordinació amb la família pel que fa a la promoció d'hàbits alimentaris, tant a l'aula com al menjador(34).

1.10.2 DETECCIÓ

Els professionals de l'escola, el lleure i l'esport gaudeixen d'una posició privilegiada davant els infants i adolescents per poder-ne observar les conductes, les actituds i les emocions i, alhora, poder contrastar aquestes observacions amb la resta de companys. Aquesta comparació permet veure quines conductes són considerades normals i quines no, i farà possible la detecció dels joves que experimenten un moment crític(34).

Comportament i rendiment acadèmic en anorèxia nerviosa

Malgrat que no es pot generalitzar, les persones que pateixen AN acostumen a obtenir bons resultats acadèmics gràcies al seu perfeccionisme, a la seva meticulositat i al fet que acostumen a buscar en l'estudi un refugi al seu aïllament social, a la seva inseguretat i al seu afany per destacar. Amb el personal docent són persones atentes, educades i obedients. El seu perfeccionisme obsessiu fa que dediquin moltes hores a l'estudi i a les tasques acadèmiques que se'ls encomana. El seu rendiment acostuma a ser molt alt en totes les assignatures(34).

Comportament i rendiment acadèmic en bulímia nerviosa

Predominaran resultats acadèmics molt variables, coincidint el deteriorament d'aquests amb el deteriorament personal causat per la malaltia. Pel que fa al comportament, podrà ser conflictiu per la dificultat que presenten a l'hora de controlar els seus impulsos. Dins de l'aula predominaran conflictes com cleptomania, promiscuïtat, absentisme escolar, mentides i comportament caòtic(34).

Relació amb els companys

La relació amb els companys dependrà de molts factors, com les característiques personals o el moment evolutiu de la malaltia. És força comú que els temes de conversa

girin al voltant de dietes restrictives, calories, la moda i l'obsessió per la imatge. La pràctica restrictiva, purgativa i les conseqüències físiques de la malaltia no s'acostumen a comentar amb la resta de companys, a excepció de l'amic o amiga íntima. Una vegada l'amic rep la confiança, es troba amb el dilema ètic de què ha de fer(34).

Actituds que afavoreixen la detecció

Actituds tals com mostrar interès pels infants i adolescents com a persones i facilitar-los el diàleg per tal que puguin expressar les seves angoixes o dificultats amb garantia de confidencialitat, observar si són conscients del seu malestar, comprendre i acceptar que sovint els costa admetre que tenen problemes i que, fins i tot, arriben a negar-los a causa de les distorsions que observen respecte a ells mateixos, entre altres, poden afavorir a la detecció precoç dels TCA.

Per altra banda, cal evitar actituds com ocupar el lloc que correspon als pares o generar alarmisme a partir d'observacions o de comentaris puntals no contrastats(34).

Actuació davant la sospita d'un possible cas d'alumne amb TCA a l'aula

En cas de sospita es recomana crear un clima de normalitat i acceptació, convé donar-li confiança per parlar o resoldre els problemes d'estudi, d'examen, d'interacció amb els professors o alumnes, però sense permetre possibles actituds manipuladores; parlar amb l'alumne per esbrinar si entén la situació que està vivint com a problemàtica, inserint en la vessant del sentiment i no tant en la vessant racional; mostrar interès per tot allò que els pot estar preocupant i facilitar el diàleg, perquè puguin expressar les seves pors o dificultats remarcant la garantia de confidencialitat; incidir en la necessitat de demanar ajuda professional per tal de poder aturar la situació difícil que segurament estar vivint, ressaltar el paper del terapeuta com algú que el pot ajudar a fer-lo sentir molt millor; afavorir que sigui ell mateix i que ho pugui comunicar als pares per tal de trobar una solució conjunta; orientar les famílies per tal que proporcionin als joves una assistència eficaç; facilitar als pares els recursos dels quals poden disposar i facilitar la inserció a l'aula i amb els seus companys, transmetent-los una versió adequada de la malaltia(34).

1.10.3 ROL DEL PERSONAL DOCENT

El tractament es pot dur a terme a nivell ambulatori o a través d'ingrés hospitalari total o parcial. El nivell d'implicació en aquest variarà depenent del fet que calgui hospitalitzar o no l'infant o l'adolescent afectat.

Algunes de les activitats que poden dur a terme els professionals de l'àmbit acadèmic són: posar-se a disposició dels professionals i de les famílies per tal de transmetre els missatges i les conductes d'acord amb la mateix línia d'actuació; facilitar informació als professionals sanitaris amb l'objectiu de fer el seguiment del tractament; utilitzar el potencial del grup d'iguals per donar suport als infants o els adolescents que pateixen la malaltia; prendre mesures que evitin l'endarreriment escolar derivat a l'absentisme que pot generar la malaltia i adaptar els continguts curriculars a les possibilitats de l'alumne perquè no generi sentiments de fracàs(34).

2. BIBLIOGRAFIA

1. National Institute of Mental Health. Los trastornos de la alimentación: un problema que va más allá de la comida [Internet]. Vol. STR 16-490, Departamento de salud y servicios humanos de los estados unidos. Washington; 2011 [citad 7 gener 2019]. p. 6. Disponible a: https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/los-trastornos-de-la-alimentacion/str-16-4901_152220.pdf
2. Carolina LG, Janet T. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2011 [citad 19 desembre 2018];22(1):85-97. Disponible a: https://ac.els-cdn.com/S0716864011703960/1-s2.0-S0716864011703960-main.pdf?_tid=a413901a-e81c-4be0-a1a6-8964d7a9fa7f&acdnat=1547025991_a270c9ec289627e8f6c0ae254b73b6a9
3. Nationaleatingdisorders.org [Internet]. Anorexia Nervosa. Nova York: National Eating Disorders Association; 2018 [citad 24 desembre 2018]. Disponible a: <https://www.nationaleatingdisorders.org/learn/by-eating-disorder/anorexia>
4. Nationaleatingdisorders.org [Internet]. Bulimia Nervosa. Nova York: National Eating Disorders Association; 2018 [citad 24 desembre 2018]. Disponible a: <https://www.nationaleatingdisorders.org/learn/by-eating-disorder/bulimia>
5. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria versión resumida. [Internet]. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Disponible a: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Alum_compl_\(4_jun\).pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Alum_compl_(4_jun).pdf)
6. Castro FJ, García E. Guía de cuidados enfermeros en Trastornos de la conducta alimentaria. 1a ed. Madrid: Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (ANESM); 2013. 71 p.
7. Calleja C, Castro J, Galilea B, Jiménez R, Molina C, Petitbó D et al. Trastorns del comportament alimentari. Guia per a l'atenció primària de salut [Internet]. Barcelona: Generalitat de catalunya; 2014 [citad 8 desembre 2018]. p. 1-114. Disponible a: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/ciudadania/la_salut_de_la_a_a_la_z/t/TCA/documents/anore2007.pdf
8. Bermúdez P, Machado K, García I. Trastorno del comportamiento alimentario de difícil tratamiento. Caso clínico Eating behavior disorders difficult to treat. A clinical case [Internet]. Uruguay; 2016 [citad 26 febrer 2019]. Disponible a: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/adp/v87n3/v87n3a06.pdf>

9. Salutweb.gencat.cat [Internet]. Resultats de l'enquesta de salut de Catalunya (ESCA). Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2017 [citad 10 gener 2019]. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/esca/resultats_enquesta_salut_catalunya/
10. Marín V, Rybertt V, Briceño A, Abufhele M, Donoso P, Cruz C, et al. Trastornos de la conducta alimentaria: alteraciones cardiovasculares al ingreso y evolución a 3 meses. Female adolescents with eating disorders: cardiac abnormalities. Rev Med Chile [Internet]. 2019 [citad 2 març 2019];147:47-52. Disponible a: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v147n1/0717-6163-rmc-147-01-0047.pdf>
11. Suárez S, Castro E. Adolescencia y trastornos de la conducta alimentaria: abordaje enfermero desde el hospital de día. Revista Enfermería Salud Mental. 2017;39-45.
12. Polli GM, Da Silva JCC, Pereira MG, Dos Reis RA, Peruci TT, Gelinski EMM, et al. Social representations of anorexia among university students and risk factors: possible relations. Psico [Internet]. 2018 [citad 10 gener 2019];49(1):12. Disponible a: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/fo/ojs/index.php/revistapsico/article/view/25251>
13. Cortez D, Gallegos M, Jiménez T, Martínez P, Saravia S, Cruzat-Mandich C, et al. Influence of sociocultural factors on body image from the perspective of adolescent girls. Rev Mex Trastor Aliment [Internet]. 2016 [citad 23 gener 2019];7:116-24. Disponible a: <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/ARTÍCULO>
14. Martínez-Fornés S. La obsesión por adelgazar. 4ta ed. Madrid: S.L.U. ESPASA LIBROS; 2001. 227 p.
15. Jáuregui Lobera I, Bolaños Ríos P, Garrido Casals O. Parenting styles and eating disorders. J Psychiatr Ment Health Nurs [Internet]. 2011 [citad 10 gener 2019];18(8):728-35. Disponible a: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2850.2011.01723.x>
16. Lazo MR, Diego Hernández Camacho J, Ríos PB, Ruiz-Prieto I, Jáuregui-Lobera I. Alimentación familiar y percepción de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. Nutr Hosp [Internet]. 2015 [citad 20 gener 2019];32(4):1786-95. Disponible a: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v32n4/53originalotros02.pdf>
17. Tafà M, Cimino S, Ballarotto G, Bracaglia F, Bottone C, Cerniglia L. Female Adolescents with Eating Disorders, Parental Psychopathological Risk and Family Functioning. J Child Fam Stud [Internet]. 2017 [citad 24 gener 2019];26:28-39.

Disponible a: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs10826-016-0531-5.pdf>

18. Raich RM. Más enllà del desig d'aprimar-se: com detectar indicis d'anorèxia, bulímia i altres trastorns alimentaris. Viena, editor. Barcelona; 2002. 166 p.
19. Cardizales RM, Andrade RG, Blanch MA. Guia clínica d'atenció primària per a trastorns de la conducta alimentària [Internet]. Barcelona; 2009 [citad 24 gener 2019]. Disponible a: <https://www.aificc.cat/storage/guies/guia-clinica-d-atencio-primaria-per-a-trastorns-de-la-conducta-alimentaria.pdf>
20. 3clics [Internet]. Trastorns de la conducta alimentària. 2018 [citad 27 desembre 2018]. Disponible a: <https://www.ics.gencat.cat/3clics/main.php?page=GuiaPage&idGuia=335&idEsp=21>
21. Hughes EK, Le Grange D, Court A, Yeo MS, Campbell S, Allan E, et al. Parent-focused treatment for adolescent anorexia nervosa: a study protocol of a randomised controlled trial [Internet]. 2014 [citad 25 gener 2019]. Disponible a: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/105>
22. Lorenzo T. Anorexia nerviosa: una revisió actualizada del trastorno [Internet]. Mallorca; 2016 [citad 25 gener 2019]. Disponible a: http://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/146363/tfm_2016-17_MPGS_tlp632_641.pdf?sequence=1&isAllowed=y
23. Gobierno de España. GuíaSalud. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Versión completa. Diagnóstico de los TCA. [Internet]. Madrid; 2009 [citad 25 febrer 2019]. Disponible a: http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_alimentaria/completa/apartado07/diagnostico.html#
24. Gomez C, Palma S. Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. Nutr Hosp [Internet]. 2018 [citad 26 gener 2019];35:489-94. Disponible a: <http://www.nutricionhospitalaria.org/index.php/articles/01819/show>
25. María Verónica GP, Carolina LC, Marcela MB. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes: Parte II. Tratamiento, complicaciones médicas, curso y pronóstico, y prevención clínica. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 1 setembre 2012 [citad 30 gener 2019];23(5):579-91. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012703528>
26. Mehler PS, Winkelman AB. Nutritional Rehabilitation: Practical Guidelines for Refeeding the Anorectic Patient. J Nutr Metab. 2010;7.

27. Zipfel S, Giel KE, Bulik CM, Hay P, Schmidt U. Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. desembre 2015 [citat 4 febrer 2019];2(12):1099-111. Disponible a: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2215036615003569>
28. Acerete DM, Leis Trabazo R, Ferri NL. Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa [Internet]. [citat 5 febrer 2019]. Disponible a: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/anorexia_bulimia.pdf
29. Milano W, De Rosa M, Milano L, Riccio A, Sanseverino B, Capasso A. The pharmacological options in the treatment of eating disorders. *ISRN Pharmacol* [Internet]. 2013 [citat 5 febrer 2019];2013:352865. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23956871>
30. Salzmann-Erikson M, Dahlén J. Nurses Establishment of Health Promoting Relationships: A Descriptive Synthesis of Anorexia Nervosa Research. *J Child Fam Stud* [Internet]. 2017 [citat 3 febrer 2019];26:1-13. Disponible a: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs10826-016-0534-2.pdf>
31. Zugai J, Stein-Parbury J, Roche M. Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective. *J Clin Nurs* [Internet]. juliol 2013 [citat 2 febrer 2019];22(13-14):2020-9. Disponible a: <http://doi.wiley.com/10.1111/jocn.12182>
32. Westmoreland P, Krantz MJ, Mehler PS. Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia. *Am J Med* [Internet]. gener 2016 [citat 1 febrer 2019];129(1):30-7. Disponible a: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002934315005823>
33. Obadina S. An overview of anorexia nervosa, bulimia and binge eating disorder. *Br J Sch Nurs* [Internet]. 2 novembre 2014 [citat 2 febrer 2019];9(9):441-6. Disponible a: <http://www.magonlinelibrary.com/doi/10.12968/bjsn.2014.9.9.441>
34. Adelantado G, Castells M, Galilea B. Guia per a educadors i educadores en la prevenció dels trastorns del comportament alimentari. Barcelona: Generalitat de catalunya; 2001. p. 47.
35. Institut d'Estadística de Catalunya. Idescat. El municipi en xifres. Pla de l'Estany [Internet]. 2019 [citat 30 març 2019]. Disponible a: <http://www.idescat.cat/emex/?id=28#h1f>
36. Educacio.banyoles.cat [Internet]. Servei d'educació. Ajuntament de Banyoles. 2019 [citat 30 març 2019]. Disponible a: <http://educacio.banyoles.cat/>

3. OBJECTIUS I HIPÒTESI

3.1 HIPÒTESI

El personal docent dels instituts de la comarca del Pla de l'Estany té coneixements insuficients sobre els trastorns de la conducta alimentària.

3.2 OBJECTIU PRINCIPAL

Avaluar els coneixements que té l'equip docent dels instituts de la comarca del Pla de l'Estany sobre els trastorns de la conducta alimentària.

3.3 OBJECTIUS ESPECÍFICS

Identificar quins signes, símptomes i conductes de risc dels trastorns de la conducta alimentària coneix el personal docent dels instituts del Pla de l'Estany.

Conèixer l'actuació del personal docent davant l'aparició de signes, símptomes i conductes de risc relacionades amb els TCA.

4. MATERIAL I MÈTODES

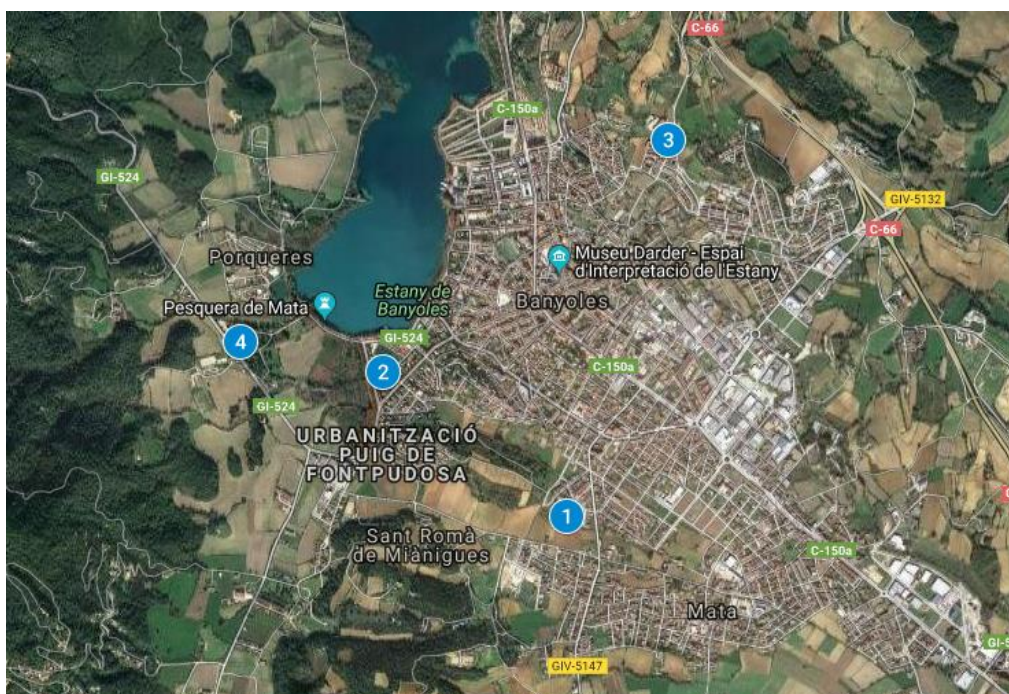
4.1 DISSENY DE L'ESTUDI

Es tracta d'un estudi descriptiu de tall transversal.

4.2 ÀMBIT DE L'ESTUDI

L'estudi es durà a terme als quatre instituts de la comarca del Pla de l'Estany, la qual té una població total de 32.006 persones i agrupa onze municipis amb una superfície de 262.78 km². La comarca limita amb el nord-est amb l'Alt Empordà, al nord-oest amb la Garrotxa i al sud amb el Gironès(35).

Actualment hi ha quatre centres d'ensenyament de secundària: Institut Pla de l'Estany, Institut Josep Brugulat, Institut Pere Alsius i Torrent, els quals són públics pertanyent a la xarxa d'equipaments escolars del Departament d'Educació de la Generalitat de Catalunya, i Escola Casa Nostra, privada, concertada amb la Generalitat de Catalunya(36).



Imatge 1: Localització geogràfica dels instituts de la comarca del Pla de l'Estany.

Font: Imatge adaptada del servidor de Google Maps

Taula 1: Noms dels instituts mostrats al mapa (Imatge 1)

NÚMERO	INSTITUT
1	INS Pla de l'Estany
2	INS Pere Alsius i Torrent
3	INS Josep Brugulat
4	Escola Casa Nostra

4.3 POBLACIÓ D'ESTUDI

La població d'estudi serà el personal docent dels instituts de la comarca del Pla de l'Estany.

4.4 SELECCIÓ DE LA MOSTRA

La mostra serà escollida mitjançant un mostreig no probabilístic de conveniència, és a dir, es seleccionarà tots professionals docents que compleixin els criteris d'inclusió i exclusió i exerceixin a un dels centres d'educació secundària seleccionats.

4.5 CRITERIS D'INCLUSIÓ I D'EXCLUSIÓ

CRITERIS INCLUSIÓ

Els criteris d'aquesta mostra seran tots els treballadors d'ambdós sexes d'entre 25 i 65 anys d'edat, que faci més d'un any que treballin com a personal docent i vulguin participar en l'estudi.

CRITERIS EXCLUSIÓ

Els criteris d'exclusió seran tots els estudiants que realitzin les pràctiques als centres seleccionats per l'estudi, personal docent que estigui realitzant suplències i professionals que estiguin de baixa o de vacances durant el període d'estudi.

4.6 VARIABLES

Les variables sociodemogràfiques que es recolliran a l'estudi seran l'edat, el sexe i els anys d'experiència com a personal docent.

Les variables d'estudi seran les del coneixement del personal docent sobre els trastorns de la conducta alimentària.

A les taules 2 i 3 es detallen les variables de l'estudi.

Taula 2: Descripció de les variables sociodemogràfiques			
VARIABLE	TIPUS DE VARIABLE	DEFINICIÓ	VALORS
Edat	Quantitativa contínua	Anys del professional que realitza l'enquesta	En anys
Sexe	Quantitativa nominal	Gènere del professional que realitza l'enquesta	Home o dona
Anys d'experiència com a professional docent	Quantitativa contínua	Anys que porta el professional treballant com a personal docent	En anys

Taula 3: Descripció de les variables d'estudi			
CONJUNT DE VARIABLES	TIPUS DE VARIABLE	ESPECIFICACIÓ DE VARIABLES	VALORS
Opinió, informació i experiència en trastorns de la conducta alimentària	Qualitatives nominals	Informació sobre els trastorns de la conducta alimentària al llarg de la carrera professional del professional que realitza l'enquesta	Sí o no
		Opinió sobre si el professional creu que és important estar informat sobre els TCA	Sí o no
		Interès del professional en formar-se sobre els TCA	Sí o no
	Quantitativa contínua	Nombre d'alumnes que han patit un TCA en els anys d'experiència professional	Cap, de 1 a 2, de 3 a 5 i més de 5.

Coneixement del professional sobre els trastorns de conducta alimentària	Qualitatives nominals	Coneixement sobre les característiques pròpies de l'anorèxia nerviosa	Resposta múltiple. Es classificarà en correcta o incorrecta. Es considerarà correcta si estan marcades les respostes número 1, 3 i 5.
		Coneixement sobre les característiques pròpies de la bulímia nerviosa	Resposta múltiple. Es classificarà en correcta o incorrecta. Es considerarà correcta si estan marcades les respostes número 1, 3 i 4.
		Coneixement sobre les característiques pròpies dels trastorns de la conducta alimentària no especificats	Resposta múltiple. Es classificarà en correcta o incorrecta. Es considerarà correcta si estan marcades les respostes número 1, 2 i 4.
		Coneixement sobre els factors que poden desencadenar un TCA	Resposta múltiple. Es classificarà en correcta o incorrecta. Es considerarà correcta si estan marcades les respostes número 2, 3 i 4.

		Coneixement sobre les característiques que ajuden a la detecció d'un cas de TCA a l'aula	Resposta múltiple. Es classificarà en correcta o incorrecta. Es considerarà correcta si estan marcades les respostes número 1, 2, 3 i 4.
		Coneixement sobre les intervencions que es poden dur a terme a l'àmbit educatiu per prevenir casos de TCA	Resposta múltiple. Es classificarà en correcta o incorrecta. Es considerarà correcta si estan marcades les respostes número 2, 3, 4 i 5.
	Qualitativa oberta	Actuacions que duria a terme el professional en cas de sospita d'un cas de TCA a l'aula.	Resposta oberta.

4.7 INSTRUMENTS DE MESURA

Per tal de recollir la informació necessària per a l'estudi s'utilitzarà una enquesta elaborada *ad hoc* per l'estudi (Annex 5). Es tracta d'una enquesta autoadministrada que consta de 14 preguntes, les quals recullen informació sobre les dades sociodemogràfiques i els coneixements sobre trastorns de la conducta alimentària.

L'instrument està constituït per dos apartats. El primer recull les dades sociodemogràfiques i el segon apartat consta d'onze preguntes de resposta múltiple.

L'enquesta requereix un temps d'aproximadament 10 minuts per realitzar-la.

4.8 PROCEDIMENTS I TÈCNIQUES

1. Presentar el projecte al CEIC (Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica) de l'Hospital Josep Trueta amb la finalitat d'obtenir la seva revisió i aprovació.
2. Contactar amb els quatre instituts de la comarca del Pla de l'Estany telefònicament i amb un correu electrònic amb el fullet informatiu (Annex 6).
En cas que algun institut no volgués participar en l'estudi es descarta i deixa de participar. Els instituts que acceptin realitzar l'enquesta es demanarà la participació de tot el personal docent que compleixi els criteris d'inclusió i exclusió. A més es demanarà no informar-se sobre els trastorns de la conducta alimentària abans de la realització de l'enquesta, per tal de garantir que respondran amb els coneixements actuals que mantenen.
3. Arribat el dia acordat amb el centre docent per passar l'enquesta i un cop reunits tots els participants, es presentarà el motiu de l'estudi, s'explicarà el qüestionari i es resoldran possibles dubtes. Abans de repartir el qüestionari es demanarà als participants que signin el document de consentiment informat (Annex 7) per tal de garantir l'anonimat i la confidencialitat de l'estudi.
4. Un cop recollides totes les enquestes dels quatre instituts s'enviarà un correu amb les respostes correctes. Els qüestionaris entregats anteriorment al dia acordat no seran acceptats per garantir la fiabilitat dels resultats.
5. Buidar la informació de les enquestes a la base de dades d'Excel.
6. Introduir les dades de les enquestes al paquet estadístic IBM SPSS 25.0 per tal d'analitzar-les.

4.9 ANÀLISI DE DADES

Es crearà un arxiu Excel que s'utilitzarà com a base de dades per emmagatzemar la informació extreta de les enquestes.

Les variables de l'estudi de caràcter quantitatiu seran estudiades mitjançant el paquet estadístic IBM SPSS 25.0. Les dades seran expressades a través de taules amb mitjana, mediana i la corresponent desviació estàndard.

Es farà un anàlisi descriptiu i bivariant que mostri la relació entre les variables sociodemogràfiques i les variables de coneixement i opinió.

Per tal de certificar la veracitat dels resultats i la validesa de la hipòtesi inicial de l'estudi, sempre es consideraran correctes aquells valors estadísticament significatius quan el p-valor siguin $< 0,05$ amb un interval de confiança de 95%.

4.10 LIMITACIONS DE L'ESTUDI

La principal limitació és que els centres o professionals docents en rebutgin participar en l'estudi. Això pot repercutir en el fet que el nombre de participants de la mostra pugui ser més reduït.

Cal tenir en compte el grau d'implicació dels professionals a l'hora de contestar totes les preguntes de l'enquesta, totes les enquestes no completades seran invalidades.

Una altra limitació és la falta de representativitat, la impossibilitat de fer afirmacions estadístiques sobre els resultats i el risc d'incórrer en baixos degut al tipus de mostreig utilitzat.

4.11 CONSIDERACIONS ÈTIQUES

Aquest estudi respectarà les normes d'investigació en persones vigents recollides a la Llei de Confidencialitat de Dades LOPD 15/1999 i el Reial Decret 1720/2007 i a les normes de Hèlsinki.

Prèviament a la realització de l'estudi, es demanarà l'aprovació del Comitè d'Ètica i d'Investigació Clínica (CEIC) de l'Hospital Josep Trueta i l'acceptació a participar dels professionals dels centres seleccionats.

Les dades recollides seran anònimes, confidencials i s'utilitzaran únicament amb finalitats acadèmiques, per tal de garantir aquests aspectes es demanarà als participants de l'estudi que signin un consentiment informat.

5. CRONOGRAMA

Taula 4: Cronograma del projecte de recerca	
Octubre 2018 – Març 2019	<ul style="list-style-type: none"> - Revisió bibliogràfica - Elaboració del marc teòric - Plantejament del tipus d'estudi, població i mostra. - Selecció de les variables d'estudi. - Redacció de material i mètodes - Elaboració de l'enquesta
Abril – Maig 2019	<ul style="list-style-type: none"> - Presentació de l'estudi al Comitè d'Ètica i Investigació Clínica de l'Hospital Josep Trueta. - Redacció dels fulls informatius pels centres i carta de presentació del projecte. - Sol·licitar la participació dels centres docents de la comarca del Pla de l'Estany telefònicament i per correu electrònic. - Realització de les enquestes i recollida de dades. - Buidatge dels resultats a la base de dades i anàlisi de dades amb el programa SPSS.
Juny – Juliol 2019	<ul style="list-style-type: none"> - Redacció de resultats. - Redacció de discussió i conclusions de l'estudi. - Revisió i redacció de l'informe final
Agost – Desembre 2019	<ul style="list-style-type: none"> - Difusió del treball a la comunitat científica.

6. PRESSUPOST

Taula 5: Material fungible			
Concepte	Quantitat (unitats)	Preu per unitat (€)	Preu total (€)
Fotocòpies	500	0,5	250
Paper DIN4 (Pack 500)	1	3	3
Grapes (Paquet de 100)	1	0,60	0,60
Memòria USB 16GB	1	12	12
	TOTAL:		265,60€

Taula 6: Recursos per l'estudi	
Concepte	Preu total (€)
Paquet estadístic IBM SPSS 25.0	1040
Combustible pel transport	140
Trucades telefòniques	40
TOTAL:	1220€

Taula 7: Divulgació de l'estudi en l'àmbit científic	
Concepte	Preu total (€)
Correcció del projecte	300
Traducció del projecte	200
Inscripció a congressos	150
Dietes	300
TOTAL:	950€

PRESSUPOST TOTAL: 2.435,60€

7. ANNEXES

7.1 ANNEX 1: Test SCOFF

	SÍ	NO
1. Té la sensació d'estar malalta perquè sent l'estómac tan ple que l'hi resulta incòmode?		
2. Està preocupada perquè sent que ha de controlar el que menja?		
3. Ha perdut més de 6Kg en un període de 3 mesos?		
4. Creu que està grassa encara que altres persones diguin que està massa prima?		
5. Diria que el menjar domina la seva vida?		

7.2 ANNEX 2: Test EAT-40

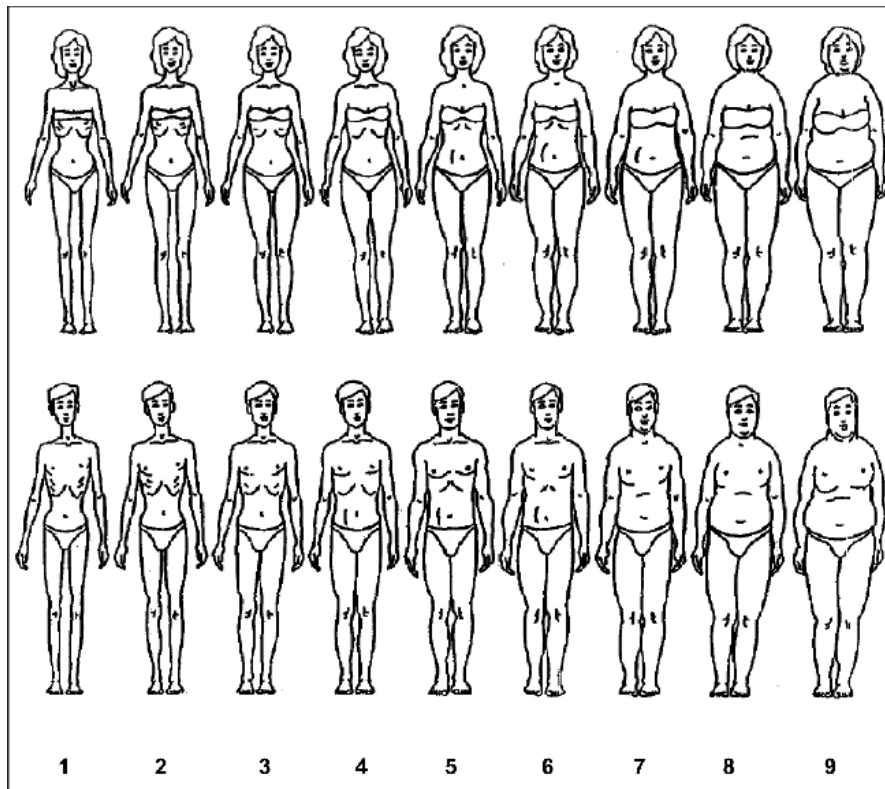
	MAI	GAIREBÉ MAI	DE VEGADES	BASTANTS COPS	GAIREBÉ SEMPRE	SEMPRE
1. M'agrada menjar amb altres persones						
2. Preparo menjars per a altres persones, però jo no en menjo						
3. Em poso nerviós/a quan s'acosta l'hora dels menjars						
4. Em fa molta por pesar massa						
5. Miro de no menjar massa tot i que tingui gana						
6. Em preocupo molt pel menjar						
7. De vegades m'he "afartat" de menjar, notant que era incapaç de deixar de fer-ho						
8. Tallo els meus aliments en bocins petits						
9. Tinc present les calories que tenen els aliments que menjo						
10. Evito especialment, menjar aliments amb molts hidrats de carboni						
11. Després dels menjars em sento ple/plena						
12. Noto que els altres prefereixen que mengi més						
13. Vomito després d'haver menjat						
14. Em sento culpable després d'haver menjat						

15. Em preocupa el desig d'estar més prim/a						
16. Faig molt exercici per cremar calories						
17. Em peso diversos cops al dia						
18. M'agrada que la roba em quedi ajustada						
19. Frueixo menjant carn						
20. M'aixeco aviat als matins						
21. Cada dia menjo els mateixos aliments						
22. Penso en cremar calories quan faig exercici						
23. Tinc la menstruació regular						
24. Els altres pensen que estic massa prim/a						
25. Em preocupa la idea de tenir greix al cos						
26. Trigo en menjar més que no pas les altres persones						
27. Frueixo menjant en restaurants						
28. Prenc laxants (purgants)						
29. Procuo no menjar aliments amb sucre						
30. Menjo aliments de règim						
31. Noto que els aliments controlen la meua vida						
32. Em controlo durant els menjars						
33. Noto que les altres persones e pressionen perquè mengi						
34. Passo massa temps pensant i ocupant-me del menjar						
35. Tinc restrenyiment						
36. Em sento incòmode/a després de menjar dolços						
37. Decideixo fer règim						
38. M'agrada notar l'estomac buit						
39. Frueixo tastant menjars nous i saborosos						
40. Tinc ganes de vomitar després dels menjars						

7.3 ANNEX 3: Test EAT-26

	MAI	GAIREBÉ MAI	DE VEGADES	BASTANTS COPS	GAIREBÉ SEMPRE	SEMPRE
1. Em fa molta por pesar massa						
2. Miro de no menjar massa tot i que tingui gana						
3. Em preocupo molt pel menjar						
4. De vegades m'he "afartat" de menjar, notant que era incapaç de deixar de fer-ho						
5. Tallo els meus aliments en bocins petits						
6. Tinc present les calories que tenen els aliments que menjo						
7. Evito especialment, menjar aliments amb molts hidrats de carboni						
8. Noto que els altres prefereixen que mengi més						
9. Vomito després d'haver menjat						
10. Em sento culpable després d'haver menjat						
11. Em preocupa el desig d'estar més prim/a						
12. Penso en cremar calories quan faig exercici						
13. Els altres pensen que estic massa prim/a						
14. Em preocupa la idea de tenir greix al cos						
15. Trigo en menjar més que no pas les altres persones						
16. Procuo no menjar aliments amb sucre						
17. Menjo aliments de règim						
18. Noto que els aliments controlen la meua vida						
19. Em controlo durant els menjars						
20. Noto que les altres persones e pressionen perquè mengi						
21. Passo massa temps pensant i ocupant-me del menjar						
22. Em sento incòmode/a després de menjar dolços						
23. Decideixo fer règim						
24. M'agrada notar l'estomac buit						
25. Frueixo tastant menjars nous i saborosos						
26. Tinc ganes de vomitar després dels menjars						

7.4 ANNEX 4: Contour drawing rating scale (CDRS)



1. Miri les figures i identifiqueu la figura que més s'assembli a la seva forma corporal.
2. De les figures corporals, quina és la que l'hi agradaria assemblar-se?

7.5 ANNEX 5: Enquesta sobre el grau de coneixement que tenen els professionals en matèria de trastorns de la conducta alimentària.

1. Edat: ____ anys.
2. Sexe:
 - Home
 - Dona
3. Anys de professió com a personal docent: ____ anys.
4. Al llarg de la seva carrera professional ha set informat sobre trastorns de la conducta alimentària (TCA)?
 - Sí
 - No
5. Creu que és important estar informat sobre aquest àmbit?
 - Sí
 - No
6. Estaria interessat en formar-se en aquesta matèria?
 - Sí
 - No
7. Durant els seus anys com a professional docent, ha tingut algun alumne/a que hagi patit un trastorn de la conducta alimentària?
 - No.
 - Sí, d'1 a 2
 - Sí, de 3 a 5
 - Sí, més de 5
8. Quines de les següents característiques creu que són pròpies de l'anorèxia nerviosa (AN)? (Pregunta amb resposta múltiple)
 - Pèrdua de pes.
 - Augment de pes.
 - Distorsió de la imatge corporal.
 - Disminució del rendiment acadèmic.
 - Restricció de nombre de calories i alguns tipus d'aliments.
9. Quines de les següents característiques creu que són pròpies de la bulímia nerviosa (BN)? (Pregunta amb resposta múltiple)
 - Comportament problemàtic i/o conflictiu.
 - Augment de pes.
 - Episodis d'afartaments.
 - Comportaments purgatoris (ús de laxants o vòmits provocats).

No realització d'exercici físic.

10. Quines de les següents característiques creu que són pròpies dels trastorns de la conducta alimentària no especificats (TCNE)? (Pregunta amb resposta múltiple)

- Són quadres d'anorèxia nerviosa o bulímia nerviosa incomplets.
- Tenen episodis compulsius d'ingesta però sense comportaments purgatoris.
- Són menys greus que l'anorèxia nerviosa i la bulímia nerviosa.
- Tenen episodis compulsius d'ingesta amb comportaments purgatoris.
- No distorsió de la imatge corporal.

11. Quins dels següents factors creu que poden desencadenar un TCA? (Pregunta amb resposta múltiple)

- Classe social baixa.
- Pressió social per complir l'estètica de la bellesa.
- Família sobreprotectora amb poca tolerància a conflictes.
- Persona molt perfeccionista.
- Família amb hàbits alimentaris inadequats.

12. Quines de les següents característiques poden ajudar a la detecció d'un cas de TCA a l'aula? (Pregunta amb resposta múltiple)

- Alumne/a amb molt interès per la nutrició i les dietes restrictives.
- Aïllament social.
- Alumne/a atent, educat i obediènt amb el personal docent.
- Alumne/a amb comportaments conflictius com cleptomania, promiscuïtat sexual, absentisme escolar, etc.
- Poc interès per la moda i la imatge corporal pròpia.

13. Quines intervencions, que es poden dur a terme a l'àmbit educatiu, creu que són més eficaces per la prevenció d'un TCA? (Pregunta amb resposta múltiple)

- Informar sobre els TCA: tipus, característiques, tècniques que utilitzen les persones afectades amb aquests trastorns, pronòstic, etc.
- Dur a terme activitats per afavorir l'acceptació del propi cos i l'autoestima.
- Potenciar l'esperit crític enfront els estereotips culturals i models que proposa el món de la publicitat, internet i xarxes socials.
- Informar sobre pautes per hàbits alimentaris saludables i equilibrats.
- Informar a les famílies sobre els TCA, signes d'alarma, conductes que poden presentar les persones amb aquest tipus de trastorns, etc.

14. En cas de sospita d'un alumne/a amb TCA, quines actuacions duria a terme?

.....
.....

7.6 ANNEX 6: Fullet informatiu

Benvolgut/da senyor/a,

El meu nom és Maria Nicolás Teixidor i sóc estudiant de Grau d'Infermeria de la Universitat de Girona. Estic realitzant el treball de fi de grau. El tema tractat és l'avaluació del grau de coneixement que té el personal docent dels instituts de la comarca del Pla de l'Estany sobre trastorns de la conducta alimentària.

Demano la seva col·laboració en la qual haurà de contestar un qüestionari. És totalment anònim i confidencial, consta de 14 preguntes fàcils de contestar i en un temps aproximat de 10 minuts.

La participació és totalment voluntària. S'adjunta un full complementari que haurà de signar afirmant que entén l'ús de les dades i la confidencialitat d'aquestes. En cas d'acceptar la participació, es prega que les preguntes siguin contestades amb el major grau de sinceritat, ja que les dades obtingudes són rellevants per la investigació i coneixement.

Per completar el qüestionari escrigui amb lletra clara i entenedora i marqui les preguntes amb una creu (X) les respostes que consideri correctes.

Per qualsevol dubte, pot posar-se en contacte amb mi mitjançant el correu electrònic marianicolasteixidor@gmail.com.

Moltes gràcies per la participació.

Maria Nicolás Teixidor

Estudiant de 4rt de Grau d'Infermeria (Universitat de Girona)

7.7 ANNEX 7: Consentiment informat

Jo Sr./Sra. _____ amb DNI núm. _____
accepto la participar voluntàriament en l'estudi "Grau de coneixement sobre trastorns de la conducta alimentària dels professionals docents dels instituts de la comarca del Pla de l'Estany" per la Universitat de Girona. Entenc que la informació que proporcioni serà totalment confidencial i només serà utilitzada per aquest estudi. M'han informat envers la protecció de dades segons la llei 15/1999 de 13 de desembre i l'anul·lació voluntària de la participació de l'estudi en qualsevol moment, sense requeriment d'explicacions.

Entenc que se'm lliurarà una còpia del consentiment i que puc demanar informació sobre els resultats de l'estudi una vegada finalitzat.

Firma del participant

Firma de l'investigador

Banyoles, ____ de _____ del 201_

Moltes gràcies.

Maria Nicolás Teixidor

Estudiant de 4rt de Grau d'Infermeria (Universitat de Girona)